PERMISO DE LIBERAR EL EXPENDIENTE MÉDICO

North Dakota Departamento de Salud
Programa de Planificación Familiar
SFN 51939 (Rev. 3-2010)

De:	Para:		
Nombre de Cliente:	Fecha de Nacimiento:	Número de Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Códidgo Postal:

- ☐ Cliente solicita que el expediente médico de cliente es liberado a su clínica.
- ☐ Cliente solicita que el expediente médico de cliente es liberado a nuestra clínica.
- ☐ Cliente autoriza la liberación el expediente médico sensible.
  - ☐ Salud Mental ☐ Historiales Médicos de VIH ☐ Dependencia Química
- ☐ Cliente solicita para traer el expediente médico él mismo o ella misma.
- ☐ Cliente autoriza comunicación entre agencias.

Envíe por favor anotación/copia clínica del siguiente:		**Comentarios**
	La Historia Clínica (Para peticiones a otras clínicas de FP)	
	El Último Chequeo (o examen) Médico	
	Chequeo Pélvico	
	Chequeo de Senos	
	Citología Vaginal (Pap)(Copia de Reporte de Citología)	
	Clamidia/Gonorrea (Copia de Reporte de Laboratorio)	
	Biopsia (Copia de Reporte de Patología)	
	Tratamiento Después de Colposcopy	
	Citología Horario Seguido	
	Otro	

Historia Pertinente, Médica o Quirúrgica:

Comprendo que puedo solicitar copias de cualquier información revelado por esta autorización. Es mi comprensión que esta autorización expirará en 12 meses de la fecha firmada abajo. Comprendo que puedo revocar autorización notificando, por escrito, al Director de Programa de Planificación Familiar de esta agencia, sabiendo que información anteriormente revelado no puede ser susceptible a mi petición del renuncio.

Comprendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mi negativa no afectará mi capacidad de recibir servicios, el pago ni mi elegibilidad para beneficios.

Yo por la presente solicito y autorizo las agencias antes mencionado-identificados para intercambiarse la información necesaria y pertinente a esta petición para la liberación de historiales médicos.

Firma de Cliente:	Fecha:
Testigo:	Fecha:
Número de Registro:	

Esta información ha sido revelada a usted de los historiales médicos cuya confidencialidad está protegida contra su divulgación por la ley de estado y federal. Usted no puede hacer más divulgación sin el expreso e informado de la persona a quien le pertenece, su representante autorizado o según lo permita la ley. Una autorización general para la entrega de información no es suficiente para este propósito.

DISTRIBUCIÓN: BLANCO Gráfico de Cliente **AMARILLO** Agencia que Proporciona Información